

CERTIFICAT OPHTALMOLOGIQUE

Je soussigné(e), Docteur, spécialiste en ophtalmologie,

CERTIFIE AVOIR EXAMINE CE JOUR

Nom et Prénom :

Date de naissance : .. / .. /

Sexe : Masculin Féminin

Et n'avoir constaté aucune contre-indication ophtalmique décelable à la pratique sportive

De compétition

De loisir

Remarques restrictives éventuelles :

➤ **Classification nationale :**

- B1 : Aucune sensibilité à la lumière des deux yeux jusqu'à sensibilité à la lumière sans reconnaissance des objets ni des contours dans toutes les directions et à n'importe quelle distance.
- B2 : Reconnaissance des objets ou des contours jusqu'à une acuité visuelle de 2/60 et/ou une limitation du champ visuel de 5 degrés.
- B3 : Acuité visuelle de 2/60 à 6/60 et/ou limitation du champ visuel de 5 à 20 degrés.

Ne pas oublier de :

➤ **Cocher les activités pratiquées page 2**

➤ **Dater et signer le certificat**

Ce certificat peut être considéré comme :

- **Permanent**
- **Valable 1 an**

Listes des activités sportives

⇒ Cocher toutes les activités concernées par ce certificat médical en spécifiant le type de pratique (loisir ou compétition)

Activités sportives Loisir	Compét.	A c t i v i t é s Compét. Loisir	s p o r t i v e s	Activités sportives Compét. Loisir
AIKIDO	<input type="checkbox"/>	FOOTBALL A 5 EN SALLE	<input type="checkbox"/>	ROLLER
ATHLETISME	<input type="checkbox"/>	FOOTBALL A 7	<input type="checkbox"/>	RUGBY
AVIRON	<input type="checkbox"/>	FOOTBALL A 11	<input type="checkbox"/>	RUGBY XIII
BADMINTON	<input type="checkbox"/>	FOOT FAUTEUIL ELECTRIQUE	<input type="checkbox"/>	SARBACANE
BASKET-BALL	<input type="checkbox"/>	FOOTBALL DE TABLE	<input type="checkbox"/>	SHOWDOWN DV
BILLARD	<input type="checkbox"/>	GOALBALL / TORBALL	<input type="checkbox"/>	SKI ALPIN
BOCCIA	<input type="checkbox"/>	GOLF	<input type="checkbox"/>	SKI EN SALLE
BOWLING	<input type="checkbox"/>	GYMNASTIQUE	<input type="checkbox"/>	SKI NAUTIQUE
BOXE	<input type="checkbox"/>	HALTEROPHILIE	<input type="checkbox"/>	SKI NORDIQUE / BIATHLON
CANNE FRANCAISE	<input type="checkbox"/>	HANDBALL	<input type="checkbox"/>	SNOWBOARD
CANOË-KAYAK / PIROGUE	<input type="checkbox"/>	HOCKEY EN FAUTEUIL	<input type="checkbox"/>	SPORTS BOULES / PETANQUE
CECIFOOT	<input type="checkbox"/>	JUDO	<input type="checkbox"/>	TAEKWONDO / TAICHI CHUAN
CHAR A VOILE	<input type="checkbox"/>	KARATE	<input type="checkbox"/>	TENNIS
COURSE D'ORIENTATION	<input type="checkbox"/>	MUSCULATION	<input type="checkbox"/>	TENNIS DE TABLE
CURLING	<input type="checkbox"/>	NATATION	<input type="checkbox"/>	TIR A L'ARC
CYCLISME HANDCYCLE	<input type="checkbox"/>	PARACHUTISME	<input type="checkbox"/>	TIR SPORTIF
CYCLISME SOLO	<input type="checkbox"/>	PATINAGE	<input type="checkbox"/>	TRIATHLON
CYCLISME TANDEM	<input type="checkbox"/>	PECHE	<input type="checkbox"/>	VOILE
DANSE	<input type="checkbox"/>	PLONGEE SOUS MARINE	<input type="checkbox"/>	VOL A VOILE
EQUITATION	<input type="checkbox"/>	RANDONNEE - FTT	<input type="checkbox"/>	VOLLEY BALL
ESCALADE	<input type="checkbox"/>	RANDONNEE - JOELETTE	<input type="checkbox"/>	AUTRES
ESCRIME	<input type="checkbox"/>	RANDONNEE PEDESTRE	<input type="checkbox"/>	

Nombre de cases cochées :

Date de l'examen médical : __/__/____

Cachet professionnel :

Signature du praticien :